



HASTANIN ADI SOYADI :	
YAŞI / CİNSİYETİ :	
PROTOKOL NO :	
İLETİŞİM NUMARASI :	



**Özel EKOL HASTANESİ**  
**FİZİK TEDAVİ ve REHABİLİTASYON ÜNİTESİ**  
**HASTA TEDAVİ KARTI**



<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>HB.YD.14</i>	<i>05.03.2021</i>	<i>01</i>	<i>24.03.2026</i>	<i>2/2</i>

FTR Uygulamaları	Uygulanacak Bölge	Seanslar																																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
Parafin																																		
CPM																																		
Klasik Masaj																																		
Traksiyon																																		
ESWT																																		
Peloidoterapi																																		
Klinik Pilates																																		
Manyetik Alan Tedavisi																																		
Lazer																																		

1. Hafta Kontrol	2. Hafta Kontrol	3. Hafta Kontrol	Tedavi Sonucu

**Notlar:**

**Değerlendiren Doktor / İmza**